

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 252

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(*Diplôme d'état*)

PAR

Jean BÉNÉTON

né à Montvicq (Allier) le 17 mai 1902

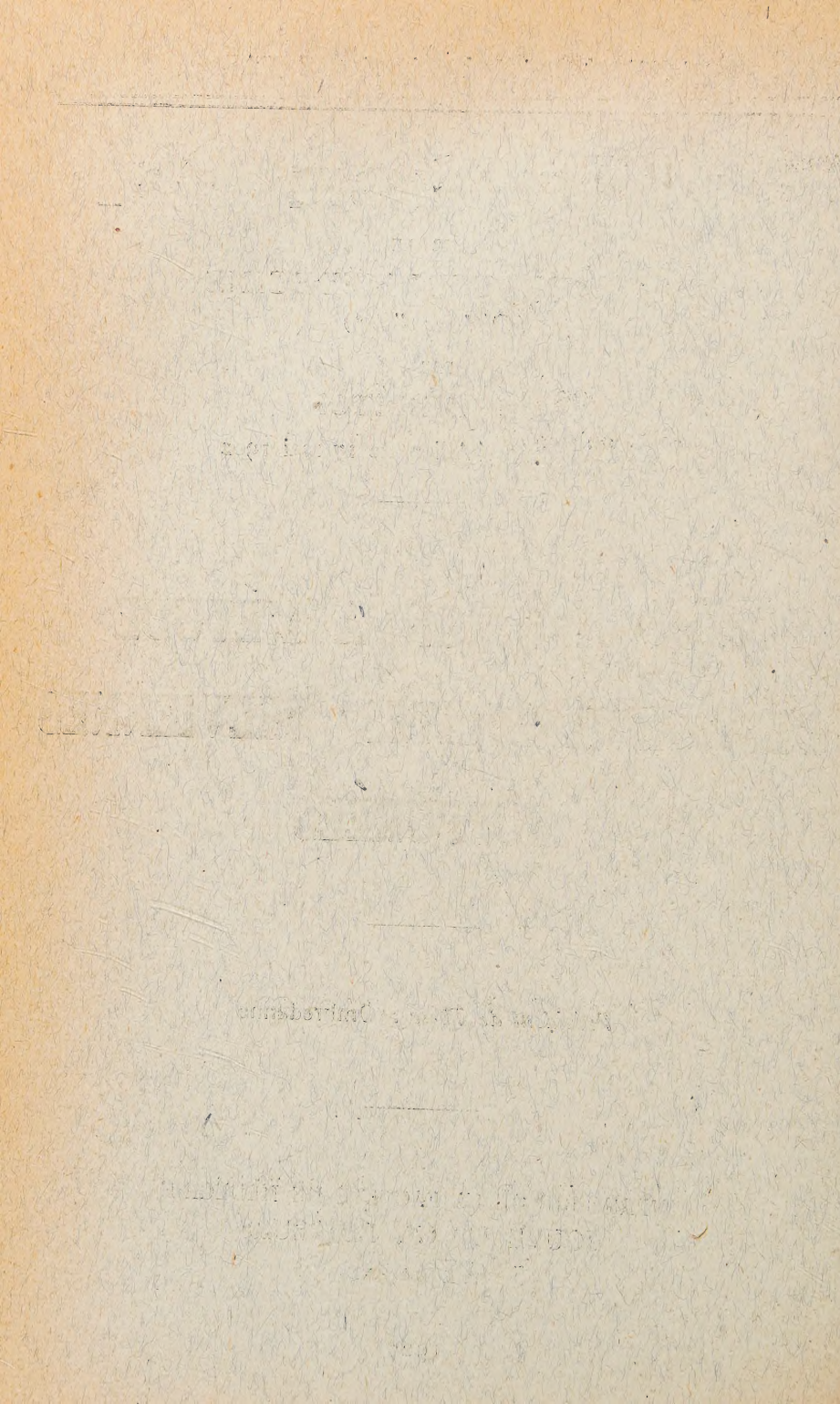
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES APPENDICITES PELVIENNES SUPPURÉES

Président de Thèse : Ombredanne

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(*Diplôme d'état*)

PAR

Jean BÉNÉTON

né à Montvicq (Allier) le 17 mai 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES APPENDICITES PELVIENNES
SUPPURÉES

Président de Thèse : Ombredanne

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique chirurgicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SIBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
I.HERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTNERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
IEREBoullet	Clinique médicale infantile.
IÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes aveugles.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
IEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En modeste témoignage de ma
grande affection et de ma
profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

MM. les Professeurs BOUSQUET, MAURIN, BILLARD,
BUY, MERLE, PIOLLET, LEPETIT, DURIF,
DELORME, ALARY

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES PATURET

Professeur d'Histologie à l'Ecole de Médecine
de Clermont-Ferrand

Chirurgien des Hôpitaux de Clermont

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous en a facilité
l'exécution.*

INTRODUCTION

Il a été écrit tant de choses au sujet de l'appendicite au cours de ces trente dernières années, qu'il semble bien ne rien rester à dire, mais, tant que l'appendicite pelvienne induira en erreur des cliniciens habiles et expérimentés, c'est un devoir évident de contribuer à diminuer les difficultés qui s'y rattachent.

Au cours de ce travail, nous aurons donc en vue l'étude de la crise appendiculaire à siège pelvien, et plus particulièrement, son évolution fréquente vers la suppuration et tout spécialement vers l'abcès pelvien.

Après avoir décrit quelques formes cliniques de cette affection dont le diagnostic est alors très délicat et dont l'importance clinique réside dans les erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu, nous insisterons sur le diagnostic différentiel avec les principales affections du bassin.

Mais auparavant, après un court chapitre histori-

que de la question, nous montrerons la fréquence de l'appendicite en situation pelvienne, la fréquence des affections appendiculaires, et les différentes raisons qui déterminent la localisation basse de cet organe.

Nous ne terminerons pas ces quelques lignes préliminaires sans exprimer à notre maître, M. le Docteur Paturet, notre profonde reconnaissance pour toutes les marques de sympathie qu'il nous a prodiguées au cours de nos études. Durant les deux années passées auprès de lui à Clermont-Ferrand, nous avons pu apprécier les qualités de son enseignement à la fois pratique et brillant. Enfin, nous n'oublions pas qu'en certaines circonstances plus pénibles, en mettant au service de ceux qui nous sont chers ses talents d'opérateur et de médecin, il nous a donné, avec le réconfort moral, les preuves d'un dévouement éclairé et constant.

HISTORIQUE

Avant les importants travaux faits sur l'appendicite depuis la fin du siècle dernier, les appendicites pelviennes étaient alors confondues dans l'immense majorité des cas avec les affections du petit bassin et, plus particulièrement, chez la femme, avec les affections utéro-annexielles.

L'un des premiers, en 1890, Reclus, après Salgues (1771) et Ménière (1827), publie l'observation d'un abcès pelvien d'origine appendiculaire.

En 1895, Routier attire l'attention sur la fréquence des abcès pelviens appendiculaires et préconise le toucher rectal comme moyen de diagnostic.

Esnault et Dormoy, en 1897, dans leur thèse inaugurale, montrent les complications pelviennes de l'appendicite.

Chevalier, en 1900, s'appuyant sur les travaux de Rotter, individualise la forme pelvienne de l'appendicite au point de vue anatomique et clinique.

Depuis cette époque, la littérature médicale fran-

çaise et étrangère s'est enrichie d'un grand nombre d'observations d'appendicites à forme pelvienne et de nombreux articles ayant trait au diagnostic et au traitement de cette affection.

Magniez, en 1903, donne une thèse sur l'Evolution et le traitement de l'appendicite pelvienne.

En 1908, Sénéchal étudia les formes cliniques de l'abcès pelvien appendiculaire. Enfin nous citerons les travaux de Richard, Caillet, Jay et Girard.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Appendice en position pelvienne. — Sa fréquence et ses causes

L'appendice, en dehors de sa position classique dans la fosse iliaque droite, peut offrir des rapports différents au point de vue topographique.

Par rapport au cæcum il peut être latéro-cæcal interne ou externe; ascendant ou descendant; il peut être en outre, plus rarement du reste, rétro-cæcal, et enfin sous-cæcal. Dans cette dernière situation, pour des raisons que nous verrons plus loin, il est fréquemment pelvien, entrant en rapport avec les organes du petit bassin.

Les recherches anatomiques des principaux auteurs qui se sont occupés de la question ont donné des résultats quelquefois discordants.

Lafforgue, sur 200 sujets examinés, donne une moyenne de 41,5 % d'appendices pelviens. Tuffier

et Jeanne 30 %, Barnsby 32 %, Liertz 37 %, Bérard 33 %.

A côté de cette moyenne, qui varie entre 30 et 40 %, nous citerons les statistiques de Jacob et Ferguson qui donnent respectivement 3,7 et 5,5 %, et celle de Chevalier qui porte sur 19 sujets et où il trouve l'énorme proportion de 73 %. Comme ce dernier auteur le remarque lui-même, une statistique sérieuse ne peut s'établir sur des recherches aussi limitées.

Les chirurgiens, dans leur statistique opératoire, ont un pourcentage plus faible.

Rotter, sur 132 appendicites opérées, trouve 27 abcès pelviens périappendiculaires, soit 20 % des cas.

Archibald, sur 89 appendicites, note 4 formes pelviennes, soit 5 % des cas.

Kelly, sur 86 appendicites suppurées, relève 10 appendicites pelviennes soit 13 % des cas.

Santy, sur 164 appendicites opérées, trouve 30 formes pelviennes, soit 18,3 % des cas.

Nous pouvons donc dire qu'en moyenne, au point de vue anatomique, l'appendice est pelvien dans le tiers des cas; mais, parmi les crises appendiculaires en général, la forme pelvienne se rencontre dans une proportion plus faible oscillant entre 10 et 15 % du nombre des appendicites.

Pourquoi l'appendice est-il pelvien ?

L'appendice peut occuper une position pelvienne du fait de nombreux facteurs d'ordre anatomique.

1° Nous citerons tout d'abord : sa longueur exa-

gérée (Lafforgue 24 cm., Bérard et Patel 22 cm., Drekolias 20 cm.), concordant avec un méso lâche et mobile, obligeant ainsi l'extrémité libre de l'appendice à entrer en rapport avec les organes sous-cæaux et, en particulier, avec les viscères pelviens, l'appendice ne conservant en pareil cas sa position iliaque que par sa base.

2° En outre il peut occuper une position pelvienne en relation avec une ptose viscérale généralisée, et cela plus particulièrement chez les femmes amaigries.

3° Mais le plus souvent, la situation pelvienne de cet organe est d'ordre embryologique; le cæcum continuera sa descente entraînant avec lui l'appendice qui devient, dès lors, un organe pelvien.

Alglave, sur 100 sujets adultes, a trouvé 23 fois le cæcum pelvien.

Legueu, sur 100 cadavres d'enfants, l'a trouvé 14 fois.

Primitivement, chez l'embryon, le gros intestin est libre et mobile comme le grêle. Ce n'est que secondairement qu'il se fixe par accolement de son méso au péritoine pariétal postérieur.

P. Descomps a donné tout récemment une étude détaillée des fascias d'accolement mésocôliques.

Nous savons que la branche ascendante primitive de l'intestin forme le cæcum, appendice et côlon jusqu'à l'angle splénique.

Après la torsion de l'intestin, le cæcum apparaît sous le foie, dans le courant du troisième mois de

la vie intra-utérine, et il va amorcer sa migration puis son accolement et sa fixation à la paroi postérieure abdominale.

Le mésocôlon ascendant droit se rabat avec le côlon droit, contre la paroi postérieure et se fixe au-devant du rein et de l'uretère droits. Ce sera le feuillet primitivement gauche du *mesentorium commune* sous-jacent à l'artère mésentérique supérieure qui va s'accoler au péritoine pariétal postérieur pour constituer le fascia d'accolement mésocôlique droit de Toldt. Cet accolement s'effectuera de haut en bas et de l'artère mésentérique vers la droite, c'est-à-dire de dedans en dehors.

Un fait important à mentionner réside dans l'étendue plus grande de la zone d'accolement mésocôlique droite; si la zone d'accolement est très étendue et fixe tout le côlon droit à la paroi postérieure, le cæcum et l'appendice occuperont leur place habituelle dans la fosse iliaque droite; mais si au contraire la zone d'accolement est restreinte, le cæcum et la partie basse du côlon droit restent mobiles et continuent leur mouvement de descente vers le bassin; le cæcum et l'appendice en pareil cas occuperont une situation pelvienne.

ETIOLOGIE

Les causes étiologiques de l'appendicite pelvienne sont absolument les mêmes que celles de toute appendicite quelle que soit la situation de l'appendice.

Cependant, chez la femme, cette affection est plus fréquente que chez l'homme, en raison des rapports étroits de l'appendice pelvien et des organes génitaux qui souvent sont le siège de lésions aiguës ou chroniques concomittantes.

Les infections utéro-annexielles peuvent contribuer à provoquer une crise appendiculaire. Aussi les annexites, grossesses extra-utérines, hématocèles infectées, les périméthro-salpingites, la grossesse même, peuvent jouer un certain rôle étiologique.

ETUDE CLINIQUE

Au cours de cette étude clinique des appendicites pelviennes, nous passerons rapidement en revue les signes de début et nous nous bornerons à montrer ce qui les différencie et ce qui les oppose aux signes de toute crise appendicitaire classique. Ensuite nous aurons surtout en vue l'évolution de cette crise aiguë et plus particulièrement l'étude des collections suppurées pelviennes d'origine appendiculaire dont le diagnostic étiologique est des plus délicats.

I. — SIGNES DE DÉBUT

Le début de la crise appendiculaire à type pelvien est variable suivant les cas; les symptômes que l'on observe sont des uns communs à toute crise d'appendicite, et les autres en relation avec la situation pelvienne de l'appendice.

Tantôt il est brutal et soudain; le malade ressent alors une douleur abdominale très vive, sans avoir toujours la brusquerie d'un coup de poignard. Primitivement cette douleur n'est pas localisée, elle est ressentie tantôt au pourtour de l'ombilic, tantôt à la région épigastrique, et cela, aussi bien que dans la fosse iliaque droite. En même temps apparaissent des vomissements alimentaires, puis bilieux.

Tantôt au contraire le début est lent, insidieux, et l'installation des symptômes appendiculaires s'effectue progressivement. Après quelques douleurs abdominales plus ou moins vagues, un état nauséux permanent, l'affection arrive progressivement à un stade définitif et caractéristique de toute crise appendiculaire.

Jusqu'alors les symptômes sont toujours assez vagues pour ne donner que des signes de présomption en faveur d'une crise appendiculaire; ce n'est que plus tard, et quelquefois même difficilement, que l'on pourra poser le diagnostic.

Ultérieurement, la douleur du début tend à se localiser, au niveau de la partie basse de l'abdomen, quelquefois elle est rétropubienne ou située profondément dans le petit bassin. Cette douleur irradie dans l'aîne et les bourses.

Les vomissements du début cèdent le plus souvent à la diète et à l'application de glace sur l'abdomen; malgré tout il persiste parfois un état nauséux.

La constipation est de règle, précédée par quelques selles diarrhéiques. Un signe qui possède une impor-

tance de tout premier ordre au point de vue du diagnostic est la *dysurie* qui est à peu près constante dans l'appendicite pelvienne. Celle-ci apparaît généralement d'une façon précoce; le sujet se plaint de pesanteurs, de douleurs hypogastriques, d'envies fréquentes et douloureuses d'uriner.

Contrairement à ce que l'on observe le plus souvent au cours de l'appendicite classique s'accompagnant de symptômes locaux et de signes généraux en rapport avec le degré d'inflammation péritonéale, il est fréquent d'observer dans l'appendicite pelvienne des symptômes généraux peu accusés en disproportion avec les signes locaux et les troubles fonctionnels, ce qui contribue pour une large part à faire errer le diagnostic au moins pendant un certain temps.

La température est généralement peu élevée, oscillant autour de 38, 38,5; souvent elle se maintient au-dessous de 38.

L'examen clinique de l'abdomen montre celui-ci légèrement ballonné. La palpation du point de Mac Burney est à peu près indolore. Il faut exercer une pression vers l'arcade crurale droite, dans la région sus-pubienne pour déterminer une douleur vive. Quelquefois même cette douleur n'est éveillée que par une pression profonde dans le bassin. Dans la majorité des cas, cette palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite, vers l'arcade crurale, donne une sensation de résistance traduisant un état de contracture de la musculature abdominale. Au con-

traire, la palpation des autres parties de l'abdomen montre une souplesse normale de la paroi.

Chaque fois que l'on soupçonne une crise appendiculaire, et plus particulièrement à type pelvien, il convient de pratiquer systématiquement un toucher vaginal et rectal combiné au palper abdominal. Presque toujours, le toucher vaginal montre un effacement plus ou moins complet du cul-de-sac droit; on perçoit un empâtement diffus, douloureux, qui s'étend parfois vers le cul-de-sac postérieur, sans toutefois englober l'utérus. Cet organe, ainsi que le col, sont de volume normal et la pression ne détermine aucune douleur. Le cul-de-sac gauche est généralement souple et indolore.

Le toucher rectal détermine également une douleur aiguë et permet de sentir à bout de doigt, au-dessus de la prostate, un empâtement siégeant à droite, analogue à celui perçu au toucher vaginal.

II. — ÉVOLUTION

La crise appendiculaire à type pelvien peut évoluer de façons bien différentes.

Nous laisserons de côté les formes toxiques et les formes suraiguës, évoluant d'emblée vers la péritonite généralisée, et qui rentrent dans le cadre de l'appendicite classique et dont l'issue est le plus souvent mortelle.

Sous l'influence du traitement (application de glace sur l'abdomen et diète absolue), les symptômes peuvent s'amender progressivement et l'affection évolue vers la guérison.

Cependant l'appendicite pelvienne présente quelquefois une évolution décevante. Au milieu de la rétrocession des symptômes, en pleine convalescence, la douleur réapparaît accompagnée de vomissements. L'état du malade en quelques heures devient alarmant, il présente du météorisme abdominal, un pouls rapide et filant, presque incomptable, des extrémités refroidies, des sueurs ; tous ces symptô-

mes sont en relation avec une réaction péritonéale diffuse.

C'est dans cette forme évolutive que l'on peut songer à l'appendicite pelvienne en deux temps de Chambard dont nous rapportons ci-joint une observation résumée, ainsi qu'une autre observation de Morison.

OBSERVATION I

(Publiée par Morison dans *The Lancet*, 1922)

Homme de 45 ans gros et fort, n'avait jamais présenté de maladie auparavant; deux jours avant le début, brutal et grave, de son affection, il avait ressenti une douleur généralisée dans tout l'abdomen. Il peut reprendre son travail et dormir la nuit consécutive. Le troisième jour au matin il fut réveillé par une douleur atroce, poignante, dans tout l'abdomen, douleur qui lui donnait des nausées, tendance à la syncope, frissons, sueurs.

Opération au huitième jour de la crise. L'opérateur n'a pu extirper l'appendice qu'il a senti à bout de doigt au fond de l'excavation pelvienne d'où s'échappait du pus fétide. Le malade mourut quelques jours après. A l'autopsie, on trouva un appendice gangréné et perforé à son extrémité près de laquelle se trouvaient des calculs stercoraux.

OBSERVATION II

(Publiée par Chambard dans les *Archives Médicales de Province*, 1922)

Jeune homme de 18 ans, présente le 20 décembre des coliques généralisées à tout l'abdomen et des vomissements abondants. Sans faire appeler de médecin, il se couche et ne prend que des aliments liquides pendant deux jours. Amélioration assez grande pour qu'il puisse se lever, manger, puis travailler, toute douleur ayant disparu.

Le 5 janvier à midi, après absorption d'un laxatif, il est pris de douleurs vives et de vomissements. Son médecin arrive deux heures après, constate les signes évidents d'une péritonite. Opéré le même soir. A l'ouverture du péritoine, bouillon trouble, cæcum libre; on voit l'appendice s'enfoncer dans un abcès pelvien encapuchonné par l'épiploon. Appendicectomie. Guérison après phlébite.

Ce qui, au point de vue clinique, paraît le plus caractéristique dans ce type évolutif, c'est l'intervalle qui s'écoule entre les signes de début caractérisés par des douleurs plus ou moins vagues dans tout l'abdomen, suivies de vomissements, et l'apparition soudaine et brusque d'un syndrome péritonéal des plus évidents; ceci tient très vraisemblablement à la situation pelvienne de l'appendice, la diffusion

péritonéale ne se faisant sentir que quelques jours plus tard.

Le plus souvent les symptômes, au lieu de s'atténuer vers le quatrième ou cinquième jour, s'accroissent sensiblement et progressivement. La douleur devient plus vive, prend un caractère lancinant, c'est une douleur profondément située dans le bassin que ressent le sujet. Le faciès s'altère, la langue, saburrale, devient sèche, les selles sont très rares en raison de la paresse intestinale traduisant les réactions inflammatoires plus vives du péritoine. La fièvre est oscillante, peu élevée, au voisinage de la normale le matin, tandis qu'au contraire la température peut atteindre, le soir, 38,5 et même 39, et cette ascension thermique est souvent annoncée par l'apparition de frissons.

L'examen clinique de l'abdomen montre à ce terme de l'évolution un ventre mélorisé. A cette période, il n'est pas rare d'observer une sorte d'empâtement diffus, douloureux, avec contracture au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque droite. Le plus souvent cet empâtement est bas situé, siégeant au-dessus de l'arcade de Fallope. Ces symptômes traduisent la formation d'un *abcès pelvien*, ils sont l'homologue du plastron abdominal ou plutôt de son évolution vers la suppuration : abcès enkysté péri-appendiculaire de la forme classique.

ABCES PELVIENS

L'évolution du plastron abdomino-pelvien, malgré les application de glace, le repos et la diète, peut aboutir à la suppuration et détermine alors un abcès pelvien appendiculaire dont la symptomatologie mérite d'être retenue, surtout en raison des multiples erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner quand on méconnaît sa pathogénie véritable.

Les symptômes vésicaux qui s'étaient montrés dès le début de la crise appendiculaire vont s'accroître; la dysurie est constante et s'accompagne souvent de rétention en relation avec une réaction inflammatoire du péritoine vésical; en même temps les urines sont rares et fortement colorées.

Les symptômes rectaux sont plus tardifs et se montrent surtout lorsque l'abcès est collecté et bombe à la paroi antérieure du rectum. Le sujet ressent de vives douleurs à l'émission des gaz et matières; il éprouve surtout de faux besoins d'aller à la selle; il a du ténesme, des épreintes qui sont

calmées, d'une façon toute temporaire, par l'émission de selles diarrhéiques glaireuses, fréquentes (5 à 6 par jour en moyenne). Cet abcès, primitivement pelvien, s'étend fréquemment à la fosse iliaque droite. Il s'entoure alors d'adhérences qui protègent la grande cavité de l'infection.

C'est l'abcès *ilio-pelvien* qui détermine cet empâtement diffus et douloureux au niveau de l'arcade crurale, quelquefois marqué par la contracture de la paroi abdominale. La percussion à ce niveau montre un certain degré de matité contrastant avec la sonorité du reste de l'abdomen. A un stade plus avancé on peut remarquer un léger œdème de la paroi et une circulation veineuse toujours localisée à la partie basse de la fosse iliaque droite. Cependant l'abcès peut être enkysté et localisé uniquement dans le petit bassin; dans ce cas, les symptômes locaux observés à l'examen de l'abdomen sont très effacés et même inexistantes.

Là encore le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, est d'une importance capitale pour faire le diagnostic de ces collections purulentes surtout lorsqu'elles sont enkystées profondément dans le petit bassin. Le toucher rectal permet de sentir, au niveau de la paroi antérieure du rectum une masse diffuse, tendue, douloureuse, qui s'étend vers la droite.

Au toucher vaginal, l'utérus est souvent immobilisé et refoulé vers la gauche, les culs-de-sac droit et postérieur sont effacés et donnent une sensation

d'empâtement douloureux, analogue à celui que l'on constate au toucher rectal.

Le cul-de-sac gauche, au contraire, reste le plus souvent souple et indolore.

A ce sujet, nous publions deux observations inédites dues à l'obligeance du Docteur Paturet.

OBSERVATION I

*Appendicite avec abcès pelvien. Appendicectomie.
Guérison.*

Mme S..., âgée de 22 ans, dans le courant de janvier dernier se plaint de douleurs abdominales peu vives, localisées surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

Il n'y a rien du côté génital. La malade a un enfant d'un an, accouché à terme et bien portant.

L'état général est bon : pas de vomissements, pouls à 90, température 38. Son médecin fait le diagnostic d'appendicite et prescrit la diète et des applications de glace sur l'abdomen. Malgré ce traitement la douleur abdominale et la température persistent.

Quinze jours après le début de la crise, le Docteur Paturet, appelé en consultation, observe, au-dessus de l'arcade crurale droite une légère voussure avec contraction de la paroi et hyperesthésie cutanée. Le côté gauche de l'abdomen est souple et indolore, ainsi que la moitié supérieure de la fosse iliaque droite.

Au toucher vaginal combiné au plaper, le chirurgien perçoit dans le cul-de-sac droit une grosse masse douloureuse mobilisable à la pression, limitée par les culs-

de-sac vaginaux en bas, le bord droit de l'utérus à droite et la fosse iliaque droite en haut.

Le diagnostic d'abcès pelvien d'origine appendiculaire est posé.

On transporte la malade à la clinique où elle est opérée le lendemain matin.

Intervention. — Anesthésie à l'éther à l'appareil d'Ombredanne. Par l'incision basse, parallèle à l'arcade crurale, il s'échappe une certaine quantité de pus à odeur fécaloïde.

L'abcès franchement pelvien est vidé et nettoyé. L'appendice est senti à bout de doigt contre la vessie.

Le cæcum, adhérent à la paroi pelvienne, ne peut être extériorisé. Après la pose de valves, pour récliner les anses intestinales, l'opérateur pince à sa base l'appendice, qui était en partie détruit et sphacélé, le ligature difficilement à bout de doigt et l'enlève. Lavage de la cavité péritonéale à l'éther. Mèches et deux gros drains.

Pansement et glace sur le ventre.

Bonnes suites opératoires. Vers le douzième jour, il se fait une petite fistule stercorale, due au contact du drain contre le cæcum. La plaie est irriguée au Dakin, et la fistule se ferme progressivement.

La malade complètement guérie est rentrée chez elle un mois après l'opération.

OBSERVATION II

Appendicite pelvienne suppurée. Appendicectomie.

Guérison.

F. B..., âgée de 20 ans, est entrée en juin 1920 dans

le service du Docteur Thierry à la Pitié, avec le diagnostic d'appendicite.

Depuis vingt jours elle se plaint de douleurs abdominales et pelviennes, avec dysurie marquée et émission de selles glaireuses. A son entrée à l'hôpital la température est à 38,2.

La palpation abdominale montre l'existence d'un plastron très net dans la partie basse de la fosse iliaque droite et remontant jusqu'à la ligne ombilico-spinale.

Le toucher vaginal permet de sentir l'effacement des culs-de-sac droit et postérieur, occupés par une volumineuse masse douloureuse.

Intervention par le Docteur Paturet.

Après incision de Mac Burney, l'opérateur tombe sur une zone d'adhérences, formées par les anses intestinales et l'épiploon fixés entre eux et à la paroi.

Après agrandissement de l'incision jusqu'à l'arcade crurale, il s'échappe un pus très fétide qui est évacué. Au fond de la cavité pelvienne se trouvent deux calculs stercoraux. Le cæcum, de couleur grisâtre, est dans le pelvis et adhérent à la vessie. L'opérateur aperçoit au fond de la cavité pelvienne un moignon d'appendice qu'il ligature et résèque à bout de doigt. Drainage et méchage.

Suites opératoires. — L'état général de la malade est touché, il s'établit une grosse suppuration qui persiste malgré des irrigations au Dakin. De plus apparaît une fistule stercorale qui ne s'oblitére qu'au bout de deux mois. Finalement, guérison définitive de la malade.

ÉVOLUTION DE L'ABCÈS PELVIEN

L'abcès pelvien, une fois constitué, a peu de tendance à se résorber. Si les adhérences ne constituent pas une barrière suffisante, cet abcès peut s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale. Cet accident grave s'observe rarement, et, généralement, à la suite de changement de place du malade, à la suite de ses efforts répétés en allant à la selle, ou à la suite d'efforts de toux, et quelquefois aussi sans cause apparente.

Dans d'autres cas, au contraire, l'abcès tend à faire issue à l'extérieur, soit directement à la peau, soit par l'intermédiaire des viscères pelviens.

L'ouverture à la *peau* est rare et ne s'observe que dans les cas d'abcès à type ilio-pelvien. La paroi abdominale, au voisinage de l'arcade crurale, s'œdématic, rougit, devient fluctuante, et le pus fait issue, soit à la partie basse de l'abdomen, soit au niveau de l'arcade crurale ou bien encore fuse vers la région lombaire.

Les abcès pelviens, dans l'immense majorité des cas, s'ouvrent dans les viscères. L'ouverture au niveau du *rectum* est la plus fréquente. Cette ouverture s'annonce par une augmentation du ténesme, des émissions fréquentes et répétées de glaires quelquefois sanguinolentes. Le toucher rectal permet de sentir, à bout de doigt, une tumeur faisant saillie à la paroi antérieure du rectum, douloureuse, tendue, quelquefois même fluctuante.

Dans les jours qui suivent, il se produit une débâcle, plus ou moins abondante, de pus très fétide, mélangé à du sang. Immédiatement après les symptômes généraux et fonctionnels s'atténuent et l'affection évolue, le plus souvent, vers la guérison.

Dans quelques cas l'ouverture dans le rectum est insidieuse. Il faut rechercher avec soin le pus mélangé aux selles, leur fétidité extrême attire alors l'attention sur ce point.

L'abcès enkysté de Douglas, d'origine appendiculaire, peut chez la femme, faire issue dans le *vagin*. Cette éventualité est relativement rare, car, en raison de sa constitution anatomique, le cul-de-sac postérieur présente une certaine épaisseur. Les symptômes rectaux sont les mêmes, le toucher vaginal montre un cul-de-sac bombant et douloureux.

L'ouverture de l'abcès dans la *vessie*, rare chez l'adulte, est plus fréquent chez les enfants. Cette ouverture est précédée par des signes de cystite très marqués. Les malades ont des besoins impérieux d'uriner et éprouvent des douleurs vives à la mic-

tion, les urines sont troubles et quelquefois teintées de sang. Quand la perforation se produit, le malade ressent une douleur aiguë et a une miction purulente à odeur fécaloïde. Par la suite, si le drainage est suffisant, l'état général s'améliore, les phénomènes de cystite disparaissent et la guérison survient comme dans le cas précédent. Caillet dans sa thèse a observé 11 guérisons naturelles sur 43 perforations vésicales.

Mais souvent ces ouvertures spontanées dans le rectum, dans le vagin, dans la vessie, sont insuffisantes pour assurer le drainage de l'abcès. Après une rémission de plusieurs jours, les symptômes généraux et fonctionnels reparaissent, il se produit alors une nouvelle rétention de pus, l'évolution de la courbe thermique étant le meilleur indice de l'évacuation du pus.

On a observé, rarement du reste, l'ouverture de l'abcès dans la trompe droite, le pus se drainant par l'utérus et le vagin. Jalaguier et Morison en ont chacun publié une observation.

Signalons enfin l'ouverture de l'abcès dans deux viscères différents : utérus et vagin ou intestin et vessie, ou liés encore à la peau et dans un organe pelvien : vessie, intestin.

Jusqu'ici, nous avons fait l'étude typique de l'abcès pelvien, mais cet abcès le plus fréquent peut cependant présenter des modalités cliniques d'ordre anatomique, signalées par les auteurs, étudiées sur-

tout à cause de leur situation et de leur caractère évolutif. C'est ainsi que nous citerons :

1° L'abcès bi-iliopelvien ou pelvi-hypogastrique, abcès en champignon de Bérard, fréquent chez les enfants.

2° L'abcès ilio-pelvien gauche, simulant l'appendicite à gauche et pouvant en imposer pour une sigmoïdite.

3° L'abcès pelvien étoilé de Sénéchal, le foyer pelvien communiquant avec d'autres poches, situées vers l'ombilic et dans la fosse iliaque.

4° Abcès pelvien avec abcès multiples enkystés.

5° Abcès antérieur avec phlegmon de la cavité de Retzius se distinguant par un plastron sus-pubien et l'œdème de la paroi.

Citons également à titre de formes cliniques :

1° L'abcès pelvien se produisant à distance du foyer appendiculaire normalement situé.

2° L'abcès pelvien résultant d'une péritonite généralisée ayant régressé.

3° L'abcès post-opératoire à une appendicectomie. Cette forme ayant fait le sujet de la thèse de Jay.

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE PELVIENNE

Nous venons de décrire la forme normale de cette affection qui se termine soit par résorption soit par formation d'un abcès qui évolue suivant les différentes modalités que nous venons d'étudier.

En dehors de la forme suraiguë qui, par une diffusion rapide de l'infection, détermine une péritonite généralisée, il existe des formes anormales d'autant plus dangereuses que leur diagnostic est souvent très délicat. Ces formes en effet font ressortir un ou plusieurs symptômes qui égarent et portent l'attention sur une affection qui n'est pas en cause.

Dans ces formes, souvent le début est insidieux, la douleur est peu marquée, le sujet se plaint de malaises, de douleurs intestinales très vagues. On note quelques vomissements ou même simplement un état nauséux. La température est à peine au-dessus de la normale.

Morison a montré pourquoi les symptômes de début dans une crise appendiculaire à forme pelvienne étaient souvent atténués. D'après cet auteur, la douleur très vive en coup de poignard, les vomissements du début de la crise appendiculaires sont dus à la distension existant dans la lumière de l'appendice. Cette distension est déterminée par l'impossibilité de cet organe à vider ses exsudats inflammatoires dans le cæcum. Pour Morison, les symptômes de début traduisent l'occlusion aiguë de l'appendice. Au contraire l'appendice pelvien souvent a gardé ses caractères fœtaux, s'insérant à la partie déclive du cæcum, il communique largement avec lui. Dans ces conditions, les signes de début sont peu marqués, l'appendice chassant ses sécrétions, à moins qu'un coprolithe ou un rétrécissement antérieur n'oblitérent la lumière et déterminent l'occlusion de cet organe.

Après un début silencieux, un actif processus de défense s'organise autour de l'appendice, pouvant englober en un magma plus ou moins compact l'épiploon, les anses grêles, l'anse sigmoïde, et les organes génitaux chez la femme.

Il se forme, à l'intérieur de cette sorte de gangue, de petits abcès enkystés qui ont peu de tendance à faire issue à l'extérieur, directement par la peau ou par l'intermédiaire des organes pelviens.

Cette masse inflammatoire, localisée dans le bassin, pourra déterminer des accidents isolés. C'est ainsi que nous observons soit des formes détermi-

nant l'occlusion intestinale, soit des formes diarrhéiques, soit des formes cystalgiques et dysuriques.

APPENDICITE PELVIENNE

A FORME D'OCCLUSION INTESTINALE

L'occlusion intestinale, au cours de l'appendicite aiguë, est fréquente dans la forme pelvienne. Le moment d'apparition est variable, cette occlusion peut survenir au début, soit comme signe révélateur, ou secondairement, au moment de la constitution de l'abcès, ou bien encore tardivement après la rétrocession des symptômes.

Le mécanisme de cette occlusion est différent suivant les cas et aussi suivant le moment de son apparition.

Tantôt l'occlusion relève de la paralysie intestinale en vertu de la loi de Stokes : L'infection du péritoine paralyse la musculature intestinale. Dans certains cas où les signes de début se sont rapidement dissipés, il se fait, quelques jours plus tard, une obstruction progressive, pour arriver jusqu'à l'occlusion complète, et la véritable cause appendiculaire peut passer inaperçue. Il y a arrêt complet des ma-

tières et des gaz, le ventre se météorise; le malade se plaint de douleurs abdominales plus ou moins vives, mais localisées ; il a des nausées, des vomissements, et présente quelquefois du hoquet. La température souvent est au voisinage de la normale.

L'occlusion, au bout de quelques jours, peut céder d'elle-même et la circulation intestinale reprendre progressivement son cours en même temps que la réaction péritonéale s'atténue.

Dans d'autres cas au contraire, la dilatation des anses peut rompre les adhérences protectrices et diffuser le foyer d'infection en entraînant une péritonite généralisée.

Nous rapporterons quatre observations qui sont les types d'appendicites pelviennes à forme d'occlusion.

OBSERVATION I

(Publiée par Pissavy, *La Clinique*, 1909, p. 118.)

Il s'agit d'un garçon de 11 ans qui, brusquement, fut pris de vomissements et de douleurs abdominales. Légère élévation de température. Ces accidents se calment rapidement, ne laissant qu'un météorisme très marqué. L'abdomen est sensible, sans localisation très nette. Arrêt complet des matières et des gaz. Apyrexie absolue. Légère défense musculaire du côté droit. Le toucher rectal permet de diagnostiquer une appendicite pelvienne avec occlusion. Cet arrêt complet des matières et des gaz dure 6 jours. Les fonctions intestinales se rétablissent

peu à peu avec le traitement médical. Deux mois après, appendicectomie à froid. L'extrémité inférieure de l'organe plongeait dans le petit bassin et était fixée par de solides adhérences. Le reste de l'abdomen était sain, sans traces de péritonite. Guérison.

OBSERVATION II

(Publiée par P. Moinard dans *Paris Chirurgical*, 1926.)

Occlusion intestinale au cinquième jour. Palpation de l'abdomen, non douloureuse, sauf en dedans de l'épine iliaque gauche. Légère défense de la paroi. Diagnostic : occlusion lente, par tumeur siégeant à la fin du côlon descendant. Cæcostomie et sonde ne donnent rien.

Le lendemain, laparotomie sous-ombilicale. Entre l'S iliaque et les anses grèles, vaste abcès grangréneux dans le petit bassin. Cæcum et appendice en travers du petit bassin, entre vessie et rectum. Mort.

OBSERVATION III

(Publiée par Heitz-Boyer dans le *Bulletin Médical*, 1924.)

Homme âgé de 44 ans, sans passé urinaire; est pris de douleurs vives à la racine de la verge, avec rétention d'urine.

Arrêt complet des matières et des gaz. On pense à une lithiasé réno-urétérale. Au troisième jour, faciès normal, ni vomissements, ni nausées. Pas de réaction péritonéale. Légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Rien au toucher rectal. Pouls à 104. Température 38.

Diagnostic : volvulus pelvien.

A l'intervention on trouve une appendicite pelvienne suppurée, perforée, avec péritonite. Mort.

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'obligeance du Docteur Paturet.)

Appendicite pelvienne avec abcès pelvien et occlusion intestinale. Appendicetomie. Guérison.

A. T..., femme âgée de 32 ans, bien portante jusqu'alors, est prise en novembre 1925 de coliques abdominales et de douleurs violentes dans le bas-ventre. Elle a plusieurs selles diarrhéiques. Elle se met au lit avec application de compresses chaudes sur l'abdomen.

Le lendemain, son médecin pense à une crise appendiculaire en raison de la douleur plus intense à droite.

L'état général est satisfaisant. Le traitement institué est la diète et les applications de glace sur le ventre.

Le cinquième jour après le début de la crise, il se produit un syndrome d'occlusion intestinale. Le Docteur Paturet constate du météorisme abdominal s'accompagnant de vomissements et arrêt des matières et des gaz.

Le toucher vaginal permet de sentir une masse douloureuse dans le cul-de-sac droit. Le toucher rectal est négatif.

La température est à 38,5 et le pouls bien frappé.

Intervention le lendemain. Laparotomie médiane.

L'appendice sphacélé au niveau de son tiers distal contient à son extrémité, extrémité renflée en massue,

un calcul stercoral. Cet organe plonge au milieu d'un abcès pelvien situé entre la vessie, le rectum et la fosse iliaque droite.

Evacuation du pus. Appendicectomie. Après nettoyage de la cavité pelvienne, l'opérateur aperçoit une coudure d'une anse grêle, déterminée par les adhérences qui forment la poche de l'abcès.

Après rupture prudente de ces adhérences, pour libérer l'anse intestinale, lavage à l'éther, drainage au Mickulicz, application d'un gros drain de caoutchouc.

Suites opératoires parfaites. L'occlusion cesse immédiatement après l'intervention. Guérison rapide et définitive.

Dans d'autres cas au contraire, l'occlusion intestinale au cours d'une appendicite pelvienne est d'ordre mécanique, résultant soit d'adhérences, fixant les anses intestinales entre elles ou à la paroi pelvienne, produisant des coudures de ces anses, soit de brides néoformées, résultant d'une péritonite limitée; ou bien encore elle est due à la compression de l'intestin par l'abcès constitué.

Mais, le plus souvent, l'occlusion qui survient dans ces conditions n'est pas entièrement due à l'obstacle mécanique. Dans ces cas, en effet, cet obstacle ne fait qu'amorcer l'occlusion, là encore la parésie intestinale y joue le plus grand rôle, et les symptômes sont les mêmes que ceux que nous avons signalés au sujet de l'ileus paralytique.

Mais il en est différemment si le sujet avant sa crise a déjà présenté des crises antérieures d'appen-

dicite. Dans ce cas, des adhérences et des brides solides ont eu le temps de se constituer. Nous assisterons à une occlusion mécanique vraie, la parésie intestinale ne jouant alors qu'un rôle effacé. Dans ces cas il y a contractions des anses intestinales au-dessus de l'obstacle, quelquefois visibles sur la peau, et déterminant des douleurs abdominales généralisées coïncidant avec le péristaltisme.

A ce sujet nous citerons une observation typique publiée par Mathieu (*Journal de Chirurgie*, 1925).

OBSERVATION

Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui, un mois auparavant, a fait une crise abdominale aiguë (douleurs vives, vomissements) qui a cédé à la diète et aux applications de glace. Brusquement, survient une nouvelle crise plus grave que la première, car elle s'accompagne d'arrêt des matières et des gaz et de ballonnement du ventre avec « contraction des anses intestinales, visibles sous la peau ».

Malade opéré le 6^e jour. On trouve les anses grêles très dilatées, au-dessus d'un magma d'anses agglutinées dans le petit bassin, surtout du côté droit. Les anses présentent de nombreuses coudures; on a les plus grandes peines à les libérer.

L'appendice pelvien, très altéré, plonge dans cette agglutination. Il est enlevé. Suites compliquées par la formation d'un abcès profond qui se fait jour à la paroi et qui provenait de l'infection tardive d'un hématome

intra-péritonéal aux libérations pratiquées. Guérison définitive.

FORME DIARRHÉIQUE OU DYSENTÉRIQUE

On peut observer des formes d'appendicite pelvienne où les symptômes appendiculaires et même pelviens, souvent peu nets, sont encore masqués par l'apparition, plus ou moins précoce, de troubles intestinaux aigus : diarrhée, selles glaireuses et sanguinolentes. Ces symptômes prédominent au point de laisser inaperçue la lésion occasionnelle. Aussi dans ces cas le diagnostic est-il très délicat, et là encore, un toucher répété et minutieux est d'un gros appui pour porter le diagnostic.

La confusion de cette forme diarrhéique de l'appendicite pelvienne est fréquente avec différentes affections telles que : entérite aiguë, typhoïde, crise dysentérique ou néoplasme intestinal. Nous citerons trois observations des plus typiques, dont une inédite.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Docteur Paturet.)

Appendicite pelvienne avec abcès pelvien rompu dans la cavité péritonéale. Appendicectomie. Guérison.

M. S..., jeune fille âgée de 16 ans, toujours bien portante, est prise brusquement, le 12 septembre 1926, de

douleurs abdominales généralisées accompagnées d'un état nauséux et de selles diarrhéiques.

Pendant 3 jours, ces troubles abdominaux persistent, la famille de la malade se décide à appeler son médecin, qui fait le diagnostic d'affection gastro-intestinale aiguë.

Durant une période de quinze jours, la malade se plaint toujours de nausées et de douleurs abdominales, localisées surtout dans le bas-ventre. De plus elle a des besoins fréquents d'uriner et les mictions sont douloureuses. Les selles toujours diarrhéiques, *au nombre de 8 à 10 par jour*, deviennent très fétides. La température oscille entre 38 le matin et 38,8 le soir. En même temps l'état général s'altère assez rapidement, marqué par de l'amaigrissement et une asthénie prononcée. Vers le quinzième jour, les douleurs abdominales et pelviennes sont plus violentes et des vomissements apparaissent, malgré l'application de glace sur l'abdomen.

Au toucher rectal, le médecin traitant se rend compte de l'existence d'une masse qui bombe dans le rectum.

Appelé en consultation, le Docteur Paturet constate à l'examen de l'abdomen une contracture sus-pubienne s'étendant à droite au-dessus de l'arcade crurale; cette région est très douloureuse au palper. Au contraire, la palpation au niveau de la fosse iliaque droite ne détermine aucune douleur et ne décèle pas de défense musculaire de la paroi. Le reste de l'abdomen est également souple et indolore.

Au toucher rectal, l'utérus est refoulé en avant contre le pubis et dévié à gauche. Le petit bassin est occupé par une grosse masse fluctuante et douloureuse à la

pression à bout de doigt. La dysurie est toujours très marquée.

L'état général est médiocre, température 38,9. Pouls à 120.

Le Docteur Paturet pose le diagnostic d'abcès pelvien, vraisemblablement d'origine appendiculaire, à ouvrir par colpotomie. L'intervention est décidée pour le lendemain au domicile de la malade dont l'état ne permet pas le transport dans une clinique (50 kilomètres).

Le lendemain matin, la malade accuse depuis le milieu de la nuit des douleurs abdominales très vives, les vomissements demeurent très fréquents et bilieux. Au toucher, très douloureux, on ne sent plus la masse perçue la veille dans le petit bassin.

L'intervention par voie abdominale est faite immédiatement. Anesthésie à l'éther, avec l'appareil d'Ombredanne, par M. Ollier, interne.

Opérateur : Docteur Paturet. Aide : Docteur Genillier.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe une grosse quantité de pus épais, jaunâtre, à odeur fécaloïde.

Après évacuation de ce pus, libre dans le péritoine, l'opérateur remarque au milieu d'une zone épaisse d'adhérences un orifice situé entre deux anses intestinales et une portion d'épiploon grisâtre, sphacélé, par où s'échappe encore du pus. L'abcès pelvien s'étant ouvert à ce niveau au cours de la nuit précédente, le pus avait fait issue dans la grande cavité péritonéale, jusque là isolée de l'abcès pelvien. Cette communication avec la grande cavité était due à un sphacèle de la

dimension d'une pièce de 2 francs de l'épiploon. L'opérateur résèque l'épiploon, qui est de couleur grisâtre et adhère à la vessie, et vide l'abcès pelvien au fond duquel se trouvent deux calculs stercoraux durs, l'un du volume d'un noyau de datte, l'autre d'un pépin de raisin.

Le cæcum est entièrement situé dans la cavité pelvienne. Sous le cæcum adhérent se trouve l'appendice perforé à son extrémité. A bout de doigt, l'opérateur le pince à sa base, le ligature et le résèque. Lavage de la plaie à l'éther. Mickulicz et gros drain. Huile camphrée, caféine, sérum et application de glace sur l'abdomen.

Suites opératoires. — Le pus sort en grosse quantité par le drain, il est évacué tous les jours par aspiration suivie d'injections d'éther dans le drain.

Le troisième jour, l'état général de la malade est franchement mauvais. Pouls à 130, petit et filant.

Le huitième jour, le Docteur Pasturet revoit la malade, l'état est toujours alarmant, le pouls est toujours rapide à 120, mais un peu mieux frappé. La suppuration par le drain est toujours abondante.

On fait des irrigations de la plaie au Dakin. Dans les jours qui suivent l'état de la malade s'améliore progressivement ; la température baisse, le pouls diminue de fréquence, et la suppuration est moins abondante.

Le quatorzième jour on retire le Mickulicz et les mèches, le drain est raccourci. Trois semaines après l'intervention, la paroi abdominale est entièrement fermée. Guérison définitive.

OBSERVATION II

(Legry et Bigot,

publiée dans la *Société Anatomique*, mars 1922.)

Femme âgée de 28 ans, entrée à l'hôpital le 20 mai 1920, pour douleurs abdominales et selles diarrhéiques sanglantes. Pas de vomissements.

Le ventre est météorisé, souple, non douloureux au palper. Foie et rate non augmentés de volume. Urines rares, albumineuses.

Bien réglée, n'a pas eu d'enfant, pas de fausse-couche, peu de pertes.

En 1917 a eu une crise douloureuse du ventre avec diarrhées durant 3 semaines.

25 Mai. — Hémoculture négative. Diagnostic hésitant, on pense à une typhoïde.

27 mai. — Séro-diagnostic négatif, toujours selles sanglantes. Injection d'électragol et d'émétine.

5 juin. — Douleurs dans l'hypocondre et le flanc droits. Toucher vaginal normal; cul-de-sac non douloureux.

7 juin. — Violentes douleurs à la base du poumon droit et dans le flanc droit. Foie douloureux. Etat général mauvais. Immobilité de la base de l'hémithorax droit.

9 juin. — *Intervention*. Incision dans le 9^e espace intercostal droit, parallèlement à cet espace. Volumineux abcès. Pus s'écoulant pendant l'inspiration. (Abcès du foie). Examen du pus négatif, pas de microbes. Mort le 13 juin.

Autopsie. — Anses grêles agglutinées entre elles, non météorisées. Côlon rétracté. Appendice : long cordon

blanchâtre plongé dans le petit bassin, et dont l'extrémité se perd dans les annexes droites auxquelles il adhère. Petit bassin occupé par l'utérus, annexes, anses grêles et côlon iléo-pelvien accolés intimement, entourés par une gangue péritonéale.

En dissociant les adhérences, il s'échappe du pus fétide, épais.

Intégrité des organes génitaux. Volumineux abcès du foie, secondaire à un abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Cet abcès pelvien était donc bien la cause de ces symptômes d'irritation intestinale, tels que selles diarrhéiques, glaireuses et sanglantes.

OBSERVATION III

(Publiée par Labry, dans le *Lyon Médical*, 1925.)

Homme de 52 ans, se plaint depuis quelque temps d'alternance de diarrhées et de constipation, avec état fébrile. A eu, à deux reprises, des douleurs abdominales violentes. Apparaît peu à peu le syndrome rectal : Besoins fréquents d'aller à la selle (10 fois par jour). Ténésme. Emissions fréquentes de glaires. Le malade maigrit de 10 kilos. Il entre à l'hôpital en juin 1924 avec le diagnostic de néo du rectum. Etat cachectique. Température 38. Pas de syndrome péritonéal net. La palpation de l'abdomen ne donne aucun renseignement, sauf un peu de douleur et de contracture à la palpation profonde.

Le toucher rectal ne révèle aucune tumeur ni ulcération suspectes. Cependant le haut rectum ne peut être touché nettement en raison de la douleur. On a l'impression qu'il existe une tumeur iliaque ou du haut rectum.

En présence des symptômes dysentériques nets, traitement à l'émétine.

Intervention le 2 juillet 1924. Pas de néoplasme. Coudures inflammatoires très nettes* sur le côlon pelvien. Long appendice de 15 cm., partant du cæcum, en position normale, passant sur le mésentère, arrive au contact du côlon iléo-pelvien. Appendicectomie. Guérison.

FORME VÉSICALE (CYSTALGIQUE OU DYSURIQUE)

Il n'est pas rare de rencontrer, principalement chez les enfants, des formes d'appendicites pelviennes qui se traduisent surtout par des symptômes d'irritation vésicale au point que ceux-ci simulent une cystite banale. La dysurie est très marquée, les malades accusent une douleur rétro-pubienne continue. Les besoins fréquents d'uriner s'accompagnent d'une vive douleur. Souvent aussi on observe de la rétention d'urine qui ne cède qu'avec l'atténuation de la réaction inflammatoire du péritoine vésical.

Nous citons deux cas observés chez l'adulte, publiés par Le Filliâtre dans la *Société Anatomique*, Paris, 1900.

OBSERVATION I

(Résumée)

Homme de 40 ans; depuis l'âge de 28 ans, présente, par alternatives, de la difficulté à uriner. Il doit a plusieurs reprises se faire sonder. Il ne pouvait uriner que dans la position verticale. Urine toujours normale.

Brusquement il est pris de phénomènes péritonéaux subaigus qui l'obligent à garder le lit, avec application de glace sur l'abdomen.

Pendant huit jours, son médecin le sonde matin et soir, et retire 300 à 500 gr. d'urine normale.

Durant trois semaines, la température se maintient entre 37,5 et 38,5, le soir. Etat général médiocre. Constipation. Météorisme abdominal léger. Point douloureux vers le milieu de la ligne ombilico-iliaque droite avec irradiation du côté du pubis. Défense de la paroi assez intense pour empêcher la palpation profonde. On fait le diagnostic d'appendicite.

Intervention. Appendice long (16 cm. 5), tendu entre le cæcum et la vessie, adhérant par son extrémité sur 2 cm. à la face postérieure de la vessie.

Le cinquième jour, le malade peut uriner seul, en position couchée. Guérison.

OBSERVATION II

Le Filliâtre rapporte le cas d'un facteur qui présente des troubles vésicaux analogues pendant 2 ans. Il est pris subitement de rétention d'urine sans coliques, ni

douleurs dans la fosse iliaque droite, avec température et fréquence du pouls. Il fut sondé pendant quatre jours. Dans la nuit du 4^e au 5^e jour, attaque d'appendicite aiguë.

Opéré par le Docteur Bazy, le même jour, on trouve l'appendice perforé à son extrémité, au voisinage de la vessie. Appendicectomie. Depuis le malade a toujours bien uriné.

Citons encore deux observations publiées par J. Groom dans le *Colorado Médical* (1924), se rapportant également à la forme cystalgique de l'appendicite pelvienne.

OBSERVATION I

Fillette de 7 ans, vue le 3 septembre 1922, se plaignant de douleurs à la miction, sensibilité et douleur à la pression, dans la région vésicale.

Température 39,8. Pouls 130. Respiration 28. Urines rares. Mictions douloureuses. Pas de vomissements. Selles normales. Diagnostic : Cystite et pyélonéphrite.

Six jours avant elle accusait des douleurs dans la région vésicale avec température de 40°.

Il y a deux ans et demi, crise semblable moins sévère, d'une durée de 4 à 5 jours avec une température de 39,4 pendant 2 jours.

Le lendemain. — Analyse d'urine négative. Douleurs et sensibilité persistent.

Leucocytose : 11.800. 70 % de polynucléaires.

Troisième jour. — Mêmes symptômes. Leucocytose :

17.300. 80 % de polynucléaires.

Quatrième jour. — Analyse d'urine toujours négative. Sensibilité limitée à la région vésicale. Température 40. Leucocytose : 29,000. 90 % de polynucléaires.

Contracture légère des deux fosses iliaques; à la pression on délimite un empâtement allant du pubis à mi-chemin de l'ombilic, et s'étendant dans la fosse iliaque droite.

L'opération montra un large abcès, situé dans le pelvis entre vessie et rectum. L'appendice, plongeant dans le centre de l'abcès, était fortement augmenté de volume, l'extrémité complètement gangrenée. La paroi de la vessie était déjà ulcérée mais non perforée. Une vaste collection de pus fut libérée, l'appendice dégagé et enlevé. Guérison après une longue convalescence.

OBSERVATION II

Malade âgé de 26 ans, entre à l'hôpital le 14 mars 1922. Dix jours avant, il avait ressenti des douleurs vésicales surtout après le repas. La douleur devient de plus en plus vive, progressivement. Nausées sans vomissements. Température 37,8. Pouls 96.

Rigidité et douleur modérées dans la partie basse de l'abdomen, plus marquées au niveau de la région vésicale et de la fosse iliaque droite.

L'analyse d'urine ne procure aucun renseignement. Leucocytose : 15.600. 82 % de polynucléaires.

Diagnostic : Appendicite.

L'opération montra un appendice profondément engagé dans le pelvis, au-dessous de la vessie et forte-

ment fixé à sa paroi postérieure. Une masse d'épiploon s'étendant sur les vaisseaux iliaques droits, jusqu'au promontoire, très adhérent au péritoine vésical enveloppant d'une façon complète l'appendice, formait une poche contenant une certaine quantité de pus épais et crémeux. Pas de lésions vésicales. L'appendice, dégagé, se présente épaissi, recouvert par de fausses membranes, et, à son tiers inférieur, complètement gangrené.

APPENDICITE PELVIENNE ET GROSSESSE

L'appendicite à siège pelvien est rare chez la femme enceinte. L'utérus, en augmentant de volume au cours de la grossesse, refoule les viscères pelviens mobiles dans la grande cavité abdominale, et ainsi, le plus souvent, l'appendice et les annexes deviennent des organes abdominaux.

Aussi nous trouvons des cas d'appendicite pelvienne dans les premiers mois de la grossesse, ou lorsque des crises antérieures ont fixé l'organe soit à la paroi pelvienne, soit aux viscères pelviens qui ne sont pas chassés par l'utérus, au cours de son évolution.

Les symptômes de cette affection sont les mêmes chez la femme enceinte que chez toute autre personne qui présente une appendicite pelvienne.

Chez la femme enceinte, dans les premiers mois

de sa grossesse, les rapports des organes pelviens subissent des variations qui sont sous la dépendance même de l'état de grossesse et de l'évolution de l'utérus vers la cavité abdominale. Celui-ci, dans son mouvement ascensionnel, peut déclencher une crise aiguë appendiculaire, chez une femme dont l'appendice en position pelvienne aurait subi des altérations antérieures sous l'influence de crises légères (adhérences anciennes).

Mais ce qui fait avant tout l'intérêt de cette question, c'est la difficulté de diagnostic et les erreurs que l'on peut commettre; car la brusquerie du début et la symptomatologie peuvent en imposer pour une rupture de grossesse ectopique, ou pour un début d'avortement. Enfin la présence d'un abcès pelvien appendiculaire peut ultérieurement contrarier l'évolution de la gestation et amener l'avortement.

Comme toute appendicite aiguë, chez la femme enceinte, le pronostic est grave, soit pour la mère, soit pour le fœtus.

Nous citerons les deux observations suivantes.

OBSERVATION I

(Brindeau et Jeannin, *Société d'Obstétrique*, Paris, 1909.)

Femme enceinte de trois mois est prise d'une crise abdominale très douloureuse. Pouls reste à 80. Température 37. Quelques vomissements.

Faciès touché, mais pas franchement péritonéal.

Laparotomie. — Péritonite généralisée. Appendice perforé à son extrémité, profondément situé dans le Douglas. Pus à ce niveau. Mort 6 jours après opération.

OBSERVATION II

(Pery-Rocher, *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*,
Bordeaux, 1921.)

Femme enceinte de près de six mois. Début le 4 août par de violentes douleurs dans le flanc droit, diffuses vers la vessie. Le fond de l'utérus est à 16 cm. du pubis. Pas de douleur à la palpation, pas de point de Mac Burney. Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

8 août. — Mieux sensible, la malade s'est levée et a mangé.

9 août. — Douleurs vives dans le bas-ventre, comparables à celles de la dilatation au cours du travail. Contractions utérines. Dureté ligneuse du corps. On pense à une hémorragie rétroplacentaire. Température 39.

Mieux léger. Température oscillant entre 37,6 et 39.

14 août. — Douleurs plus violentes. Utérus remonté. Ventre ballonné. Au toucher, dans le Douglas, masse rénitente.

15 août. — Le cul-de-sac postérieur fait saillie dans le vagin, masse fluctuante et tendue.

Diagnostic : Appendicite pelvienne, avec collection suppurée dans le Douglas.

16 août. — Colpotomie postérieure. Evacuation de 600 gr. de pus fétide mélangé à des gaz. Drain et tamponnement

du vagin. Abdomen diminue de volume, utérus descendant, réaction péritonéale fugace, température tombe.

Urines plus abondantes. Douleurs abdominales disparaissent.

Drain enlevé le 4^e jour. Suppuration disparaît vers le 10^e jour. Les selles redeviennent normales. La gestation suit son cours. Accouchement à terme d'un enfant bien constitué, pesant 3 kg. 500. Délivrance normale.

APPENDICITE PELVIENNE CHEZ L'ENFANT

La forme pelvienne suppurée de l'appendicite, à proportion égale, est aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adolescent ou l'adulte.

En dehors des abcès pelviens péri-appendiculaires, il n'est pas rare de rencontrer des abcès pelviens à distance consécutifs à une appendicite aiguë, normalement située. « En effet dans ses fusées purulentes l'appendicite de l'enfant aime le petit bassin. » (Mayet).

On observe chez lui beaucoup plus fréquemment que chez l'adulte, des abcès bi-iliopelviens, le pus remontant dans les fosses iliaques de chaque côté de l'ombilic, et formant une large collection en croissant.

Chez l'enfant les symptômes de début de la crise appendiculaire sont plus marqués que chez l'adulte. Les douleurs abdominales sont très vives, surtout autour de l'ombilic.

On note une rigidité pariétale dans la partie basse de la fosse iliaque droite, cette contracture disparaît fréquemment d'une façon précoce, et son absence constitue une difficulté pour le diagnostic de l'affection. On observe également, au même niveau, de la contracture, de l'hyperesthésie cutanée.

Les signes d'irritation vésicale sont très précoces chez l'enfant, et quelquefois même, le début de la crise simule une cystite aiguë, en donnant une dysurie très marquée et de la rétention. Cependant les urines restent claires.

Chez l'enfant ou l'adolescent, le toucher rectal combiné au palper donne la sensation d'un empâtement diffus, prédominant à droite et douloureux, qui permet de poser le diagnostic.

Par contre, dans les jours qui suivent, les signes appendiculaires sont beaucoup moins nets. Le plastron appendiculaire, bas situé chez l'adulte, peut, chez l'enfant, être inexistant, et la défense de la paroi à peine marquée.

Là encore le toucher combiné au palper est d'une très grosse importance. La péritonite généralisée n'est pas rare chez l'enfant, les lésions évoluent d'une façon rapide, le péritoine réagissant peu à l'infection.

Aussi chez l'enfant, plus encore que chez l'adulte, une intervention aussi précoce que possible est nécessaire pour éviter l'évolution souvent fatale de cette affection.

Nous publions une observation inédite communiquée par le Docteur Paturet.

*Appendicite pelvienne suppurée avec péritonite
généralisée. — Mort*

J.-M..., garçon de 11 ans, est pris d'une légère douleur adominale diffuse sans point de Mac Burney, de vomissements et de douleurs à la miction. De plus, il a plusieurs selles diarrhéiques.

La température est peu élevée, à 38°.

Le troisième jour après le début insidieux, la température s'élève à 40°. L'enfant a un faciès altéré et présente de l'agitation. Les vomissements bilieux et porracés sont fréquents. Le ventre est ballonné et douloureux. Les selles sont diarrhéiques et glaireuses. Le médecin de la famille fait le diagnostic de péritonite.

Appelé auprès du petit malade, le Docteur Paturet constate un syndrome péritonéal avec contracture douloureuse de la paroi abdominale et météorisme abdominal.

Le diagnostic de péritonite articulaire est posé.

L'enfant est conduit à la clinique et opéré d'urgence par le Docteur Paturet.

Opération : Incision de Mac Burney. A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule deux verres de pus jaunâtre et malodorant. La recherche du cæcum est négative. Après agrandissement de l'incision jusqu'au niveau de l'arcade crurale, le cæcum est trouvé contre la vessie. L'appendice adhérent à la vessie est tendu transversalement, entre la face postérieure de cet organe, ses extrémités dépassant la moitié droite du pelvis. Il est

sphacélé et perforé au niveau de son tiers distal. Ligation, ablation de l'appendice et enfouissement du moignon. Evacuation du pus collecté dans le bassin par compresses. Lavage à l'éther. Méchage et drainage. Glace sur le ventre.

Suils opératoires. — Les deux premiers jours, la température baisse, mais l'état général reste toujours altéré. Le troisième jour, le pouls devient rapide, filant, puis incomptable. Agitation du malade. Mort le cinquième jour dans le collapsus.

COMPLICATIONS DE L'APPENDICITE PELVIENNE

En dehors des complications communes à toute appendicite suppurée, soit : complications pulmonaires, telles que pleurésie purulente, abcès du poumon; soit cardiaques : telles qu'endocardites infectieuses, péricardites; soit hépatiques, telles que : cholécystites, abcès du foie, l'appendicite pelvienne suppurée peut quelquefois occasionner chez la femme des lésions du côté des annexes droites ou bien encore des adhérences de l'utérus le fixant en position telle qu'il en résulte parfois une stérilité définitive ou un avortement au cours d'une gestation future.

Dans les formes pelviennes de l'appendicite, il arrive d'observer des lésions des vaisseaux iliaques, soit une thrombose, soit enfin des ulcérations vasculaires produisant des hémorragies, parfois foudroyantes. Ces lésions sont dues au foyer purulent qui avoisine ces vaisseaux. Ces lésions de nécrose

vasculaire sont aussi quelquefois imputables à l'action du drain placé après intervention. Ce drain, venant en contact avec les vaisseaux, les traumatise et facilite ainsi leur infection et leur nécrose.

Ces thromboses vasculaires amènent par la suite soit des œdèmes cliniques des membres inférieurs, lorsqu'il s'agit de phlegmatia des veines iliaques, soit des gangrènes des membres lorsqu'il s'agit de thrombo-angéite.

Nous citerons à ce sujet une observation résumée de Santy publiée dans le *Lyon Chirurgical*, novembre 1923.

OBSERVATION

*Gangrène du membre inférieur
au cours d'une appendicite pelvienne*

Ch... Marcel, 12 ans, amené le 6 septembre pour appendicite datant de six jours. Faciès congestif. Lèvres rôties, Température 40°. Ventre ballonné et douloureux. Pouls à 130.

Intervention immédiate. Péritonite libre. Sérosité louche non cloisonnée. Appendice volumineux en partie gangrené, plongeant dans le petit bassin, d'où il s'écoule du pus fétide à aspect hémorragique.

Drainage. Suites opératoires : chute rapide de la température, 37°5 le troisième jour.

9 septembre. — Ascension à 40°. Altération de l'état général.

12 septembre. — Douleur violente dans la jambe droite. Anémie du pied et de la moitié de la jambe.

13 septembre. — La palpation ne permet pas la perception des battements artériels au niveau du triangle de Scarpa, ni au-dessus de l'arcade crurale.

Orteils droits momifiés. Artérite oblitérante de l'iliaque primitive.

20 septembre. — Occlusion avec vomissements.

Nouvelle intervention : occlusion du grêle. Foyer de gangrène surtout développé au contact des vaisseaux iliaques. Iléostomie para-ombilicale.

11 octobre. — Dénutrition rapide, rendant impossible l'amputation. La gangrène ischiémique s'arrête au tendon rotulien.

30 octobre. — Décès par dénutrition progressive.

Signalons aussi les complications vésicales se produisant au cours d'une appendicite pelvienne suppurée, très bien étudiées par Caillet dans sa thèse. Nous pouvons observer, en dehors de la perforation vésicale, déjà vue au cours de l'évolution de l'abcès pelvien, des péricystites, des cystites interstitielles ou totales.

Si l'abcès pelvien a fait issue à l'extérieur, soit directement par la peau, soit par l'intermédiaire d'un viscère pelvien : intestin, rectum, vessie, vagin, la fistule peut persister et provoquer un état septicémique, entraînant une cachexie progressive.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic précoce dans l'appendicite pelvienne, avant même l'apparition de toute collection suppurée, est d'une extrême importance, car de lui dépendent le pronostic et le traitement.

Cependant, il est souvent difficile de porter un diagnostic précis en matière d'appendicite pelvienne, en raison du peu d'intensité que présentent les symptômes du début.

De plus, la discordance existant entre les symptômes locaux et fonctionnels, qui sont avant tout des symptômes pelviens que l'on ne rattache point à une lésion appendiculaire en raison de l'absence de signes appendiculaires au niveau de la fosse iliaque droite, peut contribuer à égarer le diagnostic.

Mais dans la majorité des cas, le début brusque de l'affection, les vomissements, la localisation secondaire de la douleur de la fosse iliaque, la contracture minime de la paroi à ce niveau, l'élévation légère de la température, font penser à une appendicite.

La dysurie, quelquefois même la rétention d'urine, le météorisme de l'abdomen, avec obstruction intestinale, plus ou moins complète, la pesanteur périnéale, les douleurs irradiées aux testicules et à la verge, peuvent aiguiller le diagnostic vers une appendicite pelvienne.

Le toucher rectal et vaginal, combiné au palper abdominal est indispensable pour poser le diagnostic. La perception à bout de doigt d'un empâtement diffus, plus marqué à droite, douloureux, confirme la présomption que l'on pouvait avoir à ce sujet.

L'attention est attirée plus facilement sur un abcès pelvien lorsque la température oscillante indiquant un lieu de suppuration, il coexiste de la dysurie très marquée, du ténésme rectal, avec émissions de selles diarrhéiques glaireuses et sanguinolentes.

Si l'abcès est iliopelvien, l'empâtement, la contraction musculaire de la région crurale droite, facilitent le diagnostic; mais ce sont alors des cas où le diagnostic s'impose pour ainsi dire.

Le toucher rectal ou vaginal est encore ici le meilleur moyen de diagnostic par la perception d'une masse tendue, douloureuse, bombant à la partie antérieure du rectum, ou effaçant les culs de sac vaginaux droit et postérieur.

Diagnostic différentiel

La difficulté du diagnostic d'une appendicite pelvienne suppurée existe surtout chez la femme, car

l'appendice pelvien est en rapport étroit avec les organes génitaux et les lésions de ceux-ci prêtent souvent à confusion.

Le diagnostic différentiel d'une appendicite pelvienne suppurée d'avec une salpingite ou un pyosalpinx droit, est quelquefois, très délicat.

Barnsby dans sa thèse, a été l'un des premiers à consacrer un travail sérieux au sujet de ces deux affections, dont la coexistence peut s'observer en rapport avec le flirt appendiculo-annexiel de Segond.

D'autre part, les interventions chirurgicales ont montré que l'appendicite pouvait être secondaire à une annexite droite.

La *crise salpingienne* se différencie de l'appendicite pelvienne par de nombreux points.

Dans les antécédents de la malade, on trouve un passé génital, soit des pertes purulentes, soit une fausse-couche, soit une infection purpérale. Antérieurement à la crise, la malade aura souffert de douleurs abdominales et pelviennes et cette crise actuelle est plutôt une exacerbation de l'affection au cours d'accidents chroniques. On ne retrouve pas d'antécédents du côté de l'appareil digestif.

Le début de la crise salpingienne est moins brutal, la douleur est moins vive, les vomissements moins abondants, et, si les annexes droites sont seules intéressées, cette douleur débute dans la fosse iliaque droite, tandis qu'au contraire, dans l'appendicite pelvienne, c'est une localisation secondaire de la dou-

leur qui s'est étendue d'abord à tout l'abdomen, surtout dans la région ombilicale.

Cette douleur, dans la salpingite droite irradie beaucoup plus loin dans les lombes, dans l'aîne, à la face interne des cuisses et même jusqu'au genou.

La réaction péritonéale est moins vive, la dysurie moins marquée, l'abdomen est peu ou pas météorisé. La palpation abdominale ne donne pas d'utiles renseignements. Le point douloureux étant variable dans l'appendicite pelvienne. Par contre le toucher vaginal combiné au palper permet de constater un empâtement douloureux du côté du cul de sac droit, tendu, effacé, et souvent une augmentation de volume des annexes gauches, sensibles à la pression alors qu'au contraire, dans l'appendicite pelvienne, le cul de sac gauche est souple et indolent. L'utérus est peu mobile et douloureux.

On a voulu donner quelques signes particuliers pouvant être utiles pour confirmer le diagnostic, tel le signe de Ferreti dont la pathogénie fût étudiée ultérieurement par Dionis de Séjour.

La percussion de l'os iliaque au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, donne normalement une sonorité variable suivant l'état de réplétion de l'intestin.

Dans l'appendicite, la percussion de l'épine iliaque droite, donne au contraire une matité plus ou moins nette, et surtout une sensation de résistance au doigt. Plus la réaction inflammatoire péri-intes-

tinale est vive, plus le signe est durable et marqué. Dans une crise salpingienne au contraire, le signe de Ferreti serait négatif.

Au cours d'une crise appendiculaire la compression du colon descendant, faite avec la main à plat sur l'abdomen, remontant doucement vers l'angle splénique, détermine de la douleur du côté droit en chassant le contenu du côlon dans le cæcum enflammé. C'est la manœuvre de Rovsing. Dans la salpingite au contraire ce signe est négatif.

Enfin dans l'appendicite suppurée la leucocytose est très marquée. A l'examen du sang, on trouve fréquemment 20.000 leucocytes et même plus, avec une forte prédominance de polynucléaires variant de 70 à 90 pour cent.

Malgré tous ces points différentiels, souvent il est impossible de poser un diagnostic ferme, car il peut y avoir coexistence des deux affections. Les antécédents du côté de l'appareil génital, peuvent faire penser à une crise salpingienne alors que l'on a une appendicite pelvienne secondaire à une annexite. Aussi dans ces cas l'intervention seule établit le diagnostic.

La pelvi-péritonite d'origine annexielle, en collectant du pus dans le cul de sac de Douglas peut en imposer pour un abcès pelvien d'origine appendiculaire. L'histoire de la maladie, les antécédents, contribuent à établir le diagnostic.

Le diagnostic différentiel d'une appendicite pel-

vienne et d'une *grossesse extra-utérine* est très important, car le danger est grand de laisser refroidir une crise que l'on croit être appendiculaire alors qu'il y a une grossesse ectopique, menaçant de rupture.

La rupture d'une grossesse extra-utérine peut simuler une crise appendiculaire pelvienne. Cependant la douleur atroce de début, la pâleur de la malade, les tendances syncopales, les pouls rapide et faible, font penser à une hémorragie interne.

De plus l'absence de température, l'hypothermie même, au début de la crise, l'absence de contracture abdominale et de vomissements abondants, éliminent la possibilité d'une appendicite.

Pour affirmer le diagnostic, le syndrome génital apporte un gros appui. On note la suppression, plus ou moins complète des règles, un petit écoulement externe, sanguin, couleur sépia, coïncidant avec l'apparition de la crise et quelquefois on observe l'expulsion d'une caduque. Au toucher vaginal, on remarque une augmentation de volume de l'utérus, le ramollissement du col. Le toucher du Douglas éveille une douleur exquise (Signe de Proust).

Enfin en outre, lorsque l'*hématocèle rétro-utérine* est constituée, elle peut donner le change avec un abcès d'origine appendiculaire, la température s'élève, due à la résorption ou à l'infection secondaire de la collection sanguine. Mais cette affection évolue par poussées successives et la ponction du Douglas montre la nature de l'épanchement rétro-utérin.

Dans leur thèse, Pellet et Mlle Beauvais ont étudié la coexistence, de la grossesse ectopique et de l'appendicite. Dans ces cas, si l'on est influencé par les antécédents appendiculaires de la malade, la rupture d'une grossesse ectopique est parfois méconnue, et le diagnostic d'appendicite est alors posé. C'est ainsi que Blanc à la Société des Chirurgiens de Paris de 1925, a publié trois observations de Tussau de Lyon, de grossesses extra-utérines dont deux rompues, prises pour des appendicites.

La torsion d'un pédicule de l'ovaire se signale par un syndrome abdominal. La malade brusquement est prise de douleurs violentes, aiguës, bientôt généralisées à tout le ventre. Elle a des vomissements alimentaires, puis bilieux. La réaction péritonéale est vive avec contracture de la paroi. Le pouls est rapide, le faciès grippé. Mais la température reste basse et, avant la contracture abdominale, on peut limiter une masse plus ou moins volumineuse. De plus l'interrogatoire de la malade peut nous apprendre l'existence antérieure d'un kyste de l'ovaire.

Au cours d'un *hématosalpinx* même suppuré, avec température, les signes fonctionnels sont souvent peu marqués. La femme ne se plaint pas de douleurs vives ni à la palpation ni au toucher. L'an dernier nous avons eu l'occasion d'observer une femme de la campagne, qui avait un hématosalpinx suppuré, vérifié à l'intervention, trois jours plus tard, et qui, avec une température de 38°, malgré des pesanteurs

et des douleurs pelviennes, continuait cependant ses travaux journaliers pénibles.

On peut confondre une appendicite pelvienne avec une poussée aiguë de *pelvipéritonite tuberculeuse*. Mais dans cette dernière affection, avant la crise, la femme aura eu déjà des troubles menstruels : dysménorrhée ou même suppression des règles, des troubles vésicaux avec dysurie, des troubles intestinaux avec alternance de diarrhée et de constipation. L'état général de la malade, la possibilité de l'extension de l'infection bacillaire à d'autres organes, dirigeront le diagnostic.

L'examen clinique montre, le plus souvent, un abdomen ballonné, donnant une sonorité exagérée, traduisant une obstruction intestinale qui peut cesser après une débâcle diarrhéique.

Au toucher vaginal peu douloureux on sent les cul-de-sac remplis de masses plus ou moins empâtées, bosselées, d'une consistance variable, dures et ramollies par endroits.

Souvent aussi tous les organes pelviens sont adhérents et on a la sensation d'une masse compacte qui occupe tout le petit bassin.

Une appendicite pelvienne, survenant après un accouchement ou une fausse-couche, peut être confondue avec un *phlegmon du ligament large*. Mais dans ce dernier cas, la réaction péritonéale est beaucoup moins vive, très rapidement apparaît un plastron plaqué contre l'arcade crurale. Le toucher vagi-

nal est ici de première importance. En outre, dans les deux cas l'intervention chirurgicale s'impose.

Chez la jeune fille, exceptionnellement on confondra la crise appendiculaire pelvienne avec une *hématométrie*. Dans cette dernière affection, les crises se répètent tous les mois attirant l'attention vers les douleurs menstruelles.

A l'examen de l'appareil génital on trouve un hymen imperforé, ou une cloison transversale du vagin. Rappelons à ce sujet l'observation de Jalauguié citée dans le traité de Duplay et Reclus.

La confusion des premières crises douloureuses liées à la menstruation avec une crise d'appendicite pelvienne ne se produira pas.

L'absence de température, de contracture abdominale, l'écoulement sanguin, permettent facilement le diagnostic.

Cependant on serait tenté quelquefois de méconnaître une forme fruste d'appendicite pelvienne qui apparaîtrait avec l'écoulement menstruel. Une élévation de température, même faible, le toucher rectal, éveilleront l'attention.

De même que chez la femme, les symptômes des affections aiguës des organes génitaux de l'homme simulent parfois une crise d'appendicite pelvienne. En effet, au cours d'une *déférentite aiguë*, on constate de la température, des vomissements, des douleurs pelviennes avec réaction péritonéale.

Le malade se plaint généralement de dysurie, de

ténésme rectal. Au toucher rectal on perçoit une tuméfaction douloureuse. Mais, dans une déférentite, la tuméfaction est plus externe, plus plaquée contre la paroi. Les antécédents du malade révèlent une ou plusieurs uréthrites. On peut observer un écoulement urétral, mais qui disparaît souvent au cours de cette poussée aiguë. De plus, le massage des vésicules seminales et du canal déférent provoque une évacuation purulente par l'uretère.

Signalons également les *prostatites suppurées* qui déterminent les mêmes troubles vésicaux et rectaux que l'appendicite pelvienne et donnent lieu parfois à un phlegmon de la cavité de Retzius.

Dans ces affections on trouve des antécédents nets, du côté de l'appareil génital, qui souvent suffisent, en dehors des signes cliniques, à éviter une erreur de diagnostic.

Nous avons vu que dans certaines formes atypiques, l'appendicite pelvienne avec des symptômes de début peu marqués se traduit surtout soit par des signes d'occlusion intestinale, soit par des signes vésicaux.

Dans ces cas, la cause appendiculaire peut facilement passer inaperçue.

La dysurie très marquée, la douleur rétro-pubienne, peuvent en imposer pour une cystite aiguë. Mais dans l'appendicite pelvienne, les urines bien que rares et assez colorées, restent limpides. Cependant au cours de l'évolution de l'affec-

tion, à la suite de la formation d'un abcès pelvien ayant tendance à faire issue dans la vessie, les urines deviennent troubles et leur examen bactériologique décèle quelquefois la présence de colibacilles. Un toucher minutieux évite souvent la confusion. De plus la recherche des signes de Ferreti et de Rovsing, la leucocytose marquée, aident à poser le diagnostic.

Il en est de même lorsque l'appendicite pelvienne s'accompagne d'un syndrome d'*occlusion intestinale*, due, dans la majorité des cas, à la réaction inflammatoire du péritoine, qui se traduit par un arrêt complet des matières et des gaz, des vomissements bilieux, porracés, des douleurs abdominales continues, et du météorisme abdominal. Dans ces cas encore la véritable cause appendiculaire peut passer inaperçue et la confusion est possible avec une occlusion intestinale, consécutive à une péritonite bacillaire. Le bon état général du sujet, avant la crise actuelle, la contracture de la paroi, si minime soit-elle, au niveau de la fosse iliaque droite, le toucher vaginal et rectal, orientent le diagnostic.

Enfin, certaines formes d'appendicites pelviennes, à évolution subaiguë, sans donner une occlusion complète, se traduisent par une obstruction intestinale, avec météorisme abdominal et des selles diarrhéiques. En même temps l'état général des malades est touché; on observe de l'amaigrissement, de l'asthénie, tous ces phénomènes pouvant évoluer sans température. Aussi chez les personnes d'un certain âge, cette forme d'appendicite pelvienne en impose

quelquefois pour un *cancer du rectum*, haut situé, ou de l'*anse sigmoïde*. Dans cette dernière affection, l'évolution est beaucoup plus longue, les troubles digestifs remontent à une époque plus éloignée; on note la présence de mélena mélangé aux selles. Au toucher rectal, si l'on ne perçoit pas d'ulcérations de la muqueuse, ni d'induration en virole, on sent une masse pelvienne dure, mais peu douloureuse, contrairement à ce que l'on observe dans une appendicite pelvienne. Enfin la radioscopie et la rectoscopie sont d'un grand secours pour trancher le diagnostic.

Cependant la confusion de ces deux affections se produit quelquefois.

Nous avons à ce sujet déjà cité l'observation de Mornard. Nous citons également une observation résumée de Stéphani et Tixier, où l'appendicite pelvienne simule un cancer du rectum.

OBSERVATION

(Tixier et Stéphani)

publiée dans le *Lyon Chirurgical*, Lyon, 1909)

Homme de 48 ans, depuis un mois présente des coliques abdominales, de la constipation, un peu de météorisme avec sonorité colique exagérée, absence de fièvre.

Au toucher rectal, on sent une masse plus ou moins indurée bombant sur la paroi antérieure. A la hauteur du Douglas, pas d'ulcération de la muqueuse. Prostate, vessie normales.

A l'intervention : à gauche, adhérences de l'S iliaque à la vessie ; à droite, adhérence des anses grêles à la vessie et à la paroi. On trouve derrière la vessie une collection purulente enkystée. L'appendice plonge dans le pelvis, jusqu'au voisinage du foyer purulent. On le résèque. Il présente au niveau de son extrémité une perforation. Drains debout dans le pelvis. Guérison.

Enfin l'abcès ilio-pelvien gauche peut être confondu avec une *sigmoïdite*. Le début lent et progressif, des troubles digestifs antérieurs tels que constipation opiniâtre, des crises d'entérocolite, sont en faveur d'une sigmoïdite. De plus, dans cette affection, le toucher rectal est souvent négatif et les signes vésicaux sont peu ou pas marqués.

Chez l'enfant, l'appendicite pelvienne suppurée est rarement confondue avec une *péritonite à pneumocoques*. Cette péritonite souvent secondaire à une affection pulmonaire (pneumonie ou broncho-pneumonie) débute comme l'appendicite pelvienne brusquement par des vomissements alimentaires et bilieux, des douleurs para-ombilicales avec diarrhées. Mais les symptômes péritonéaux sont peu marqués, malgré une température élevée (39°-40°), le poulx reste bon, le faciès est coloré et la langue humide.

Si le pus se collecte dans le petit bassin, le toucher rectal n'est plus un moyen de diagnostic différentiel, mais fréquemment, dans une péritonite à pneumo-

coques, il se forme un abcès enkysté périombilical, qui produit un déplissement de l'ombilic, puis une rougeur et une ulcération de la peau et, enfin, le pus fait issue à l'intérieur. L'examen de ce pus montre la présence du pneumocoque.

Chez l'enfant on pourrait également penser à une *ostéomyélite aiguë du bassin*, dont le début est brusque comme celui de l'appendicite, marqué par des signes généraux, une réaction péritonéale (température à 38°5-39°, vomissements, douleurs pelviennes) et qui, comme l'appendicite, peut aboutir à la formation d'un abcès pelvien. L'examen radiographique du bassin, en pareil cas, s'impose et facilite le diagnostic.

PRONOSTIC

L'appendicite pelvienne suppurée présente au cours de son évolution une assez forte gravité.

Dans une récente statistique, Santy rapporte 164 appendicites opérées.

Sur les 134 normales, il n'eut que 8 décès, soit 6 %.

Sur les 30 pelviennes, il eut 7 décès, soit 23 %.

Dont : 3 morts sur 10 abcès prérectaux, 4 décès sur 14 abcès en position intermédiaire, et, par contre, 6 guérisons sur 6 cas, à la suite d'une opération précoce, malgré la gangrène et la perforation de l'appendice.

La gravité de l'appendice pelvienne est souvent due à la difficulté de poser un diagnostic précoce, par suite de l'absence des signes appendiculaires classiques et la prédominance des symptômes pelviens.

D'autre part, une autre raison de gravité de cette affection, c'est son évolution parfois décevante qui provoque des surprises nombreuses. En effet, au

milieu de la rétrocession des symptômes, le malade, son entourage et le médecin rassurés par cette accalmie, il peut se produire brusquement, sans cause apparente, une péritonite généralisée rapidement mortelle.

Nous concluons, avec Morison, « qu'une crise abdominale plutôt qu'une douleur, l'absence de contracture et de sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite, l'absence de vomissements, ni d'aucun symptôme marqué nous incitent facilement à conclure qu'il n'y a rien de sérieusement grave. Mais ces formes, au contraire, sont aussi dangereuses que les autres, et même excessivement plus dangereuses, à moins qu'une opération précoce n'enlève l'appendice. »

Traitement

« C'est le diagnostic qui est tout dans le traitement de l'appendicite aiguë. »

Cet axiome de Lecène s'applique aussi bien à l'appendicite pelvienne. Santy, avec l'appui de ses observations, démontre aussi la nécessité d'une intervention aussitôt le diagnostic posé.

En question d'appendicite, le diagnostic, le pronostic et le traitement sont donc étroitement liés.

Au cours d'une crise appendiculaire pelvienne, avant la formation d'un abcès, pour pratiquer l'ablation de l'appendice pelvien qui devra être faite coûte que coûte, on peut utiliser :

1. L'incision de Jalaguier abaissée.
2. L'incision de Mac Burney également modifiée.
3. L'incision iliaque basse, transversale, présentée par Bonnet à la Société de chirurgie de Lyon, le 30 avril 1925 — incision suivant le trajet cutané de l'incision de Pfannenstiel, et en représente la moitié droite.

4. Incision basse de Chaput.

5. Si le diagnostic est hésitant, on pratique une laparatomie médiane ou l'incision de Pfannenstiel.

Après appendicectomie, éthérisation du péritoine suivant la méthode de Souligoux. On peut, suivant la technique d'Ombredanne, refermer complètement la paroi, et faire une application de glace au niveau de l'incision recouverte d'une ou deux compresses faisant pansement peu épais, fixé par des agrafes de Michel.

Si l'on trouve l'appendice gangrené et une certaine quantité de pus libre, il convient d'assurer un drainage pendant les premiers jours, soit par drains ou par mèches. Nous signalons de nouveau le danger des drains en caoutchouc, qui, venant au voisinage des vaisseaux iliaques droits, peuvent quelquefois provoquer soit des ulcérations, déterminant des hémorragies, souvent mortelles, soit une thrombose vasculaire avec gangrène des membres inférieurs, ou phlegmatia.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une appendicite pelvienne, évoluant vers la formation d'un abcès pelvien avec des symptômes généraux et fonctionnels peu marqués, on peut instituer le traitement médical constitué par la diète, les applications de glace sur l'abdomen et les lavements chauds. Ces lavements chauds activent la formation de la collection purulente qui, bientôt, au toucher, donne la sensation d'une tumeur plus ou moins fluctuante bombant à la paroi antérieure du rectum, et néces-

sitant alors une intervention. Le traitement chirurgical de l'abcès pelvien a donné lieu, en 1907, à la Société de chirurgie de Paris, à de nombreuses discussions, certains praticiens préférant la voie rectale et d'autres la voie périnéale.

Robert Picqué préconisait la *voie périnéale*, présentée par Mauclaire en 1897 à la Société anatomique.

C'est une opération plus chirurgicale que la rectotomie, mais plus longue, donnant lieu parfois à des hémorragies par section des rameaux hémorroïdaires. De plus le drainage de l'abcès est quelquefois insuffisant.

La majorité des auteurs préfèrent la voie rectale, plus facile, drainant au point déclive, et qui, très rarement, provoque de l'infection par reflux des matières dans la poche de l'abcès.

Chez la femme on utilise la *colpotomie postérieure*, qui assure un bon drainage, aidé comme dans la rectotomie par un gros drain en T maintenu par un tamponnement.

L'abcès ilio-pelvien peut être traité de la même façon qu'un abcès prérectal pour éviter le danger de la voie haute. Mais, dans ces cas, fréquemment le drainage se fait mal si l'abcès est en bissac, il faut recourir à la voie abdominale, soit intra péritonéale ou sous péritonéale de Sands.

L'incision est parallèle à l'arcade crurale, on décolle le péritoine sans l'ouvrir ; on procède au nettoyage de l'abcès, à l'évacuation du pus, puis à la

recherche de l'appendice. Si cette recherche est longue et laborieuse, il est préférable de ne pas insister pour éviter la généralisation de la péritonite, à la suite de ruptures d'adhérences. On fait, dans ce cas, une appendicectomie en deux temps après refroidissement de la crise.

Le drainage est assuré pendant la période de suppuration surtout par des mèches, les drains rigides pouvant léser les vaisseaux iliaques.

Le traitement des abcès pelviens haut situés, comme leur diagnostic, est souvent délicat. Localisés vers le promontoire, ils sont trop hauts pour être atteints par la voie rectale et l'incision abdominale les draine mal. On peut avoir recours dans ces formes au drainage abdomino-rectal, mais qui présente le gros inconvénient de laisser par la suite une fistule qui met longtemps à se fermer, et par où s'écoulent des matières fécales.

Lorsqu'on se trouve en face d'une appendicite pelvienne déterminant de l'occlusion intestinale, la coescostomie ne donne souvent aucun résultat, car il y a coudure du grêle. Il vaut mieux recourir à une laparotomie qui permet de lever les adhérences et aussi de faire l'appendicectomie. Mais s'il y a abcès pelvien, son drainage par voie basse suffit souvent à lever l'occlusion intestinale.

CONCLUSIONS

1. De cette brève étude, nous pouvons conclure que cette affection, par la diversité de ses formes cliniques (formes d'occlusion intestinale, forme diarrhéique, forme dysurique) donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic et l'appendicite pelvienne est quelquefois une trouvaille opératoire.

2. La crise appendiculaire pelvienne est presque toujours d'un diagnostic très délicat chez la femme, en raison des multiples erreurs possibles avec les affections de l'appareil génital.

3. Aussi chez tout malade qui se plaint de douleurs abdominales et pelviennes, il est de toute nécessité de pratiquer un toucher, soit vaginal, soit rectal, combiné au palper de l'abdomen.

4. L'ouverture de la collection suppurée ilio-pelvienne est une intervention d'urgence ; et le pronostic de l'évolution ultérieure est fortement amélioré lorsqu'on a la chance d'enlever l'appendice.

5. Lorsqu'il y a abcès exclusivement pelvien, avant de pratiquer une rectotomie, il faut attendre que cet abcès soit bien collecté dans le Douglas et détermine une tumeur rénitente plus ou moins fluctuante, repoussant la paroi antérieure du rectum qui, à ce niveau, donne au toucher une impression de minceur et de fragilité caractéristique.

6. L'appendicectomie secondaire, faite à froid après guérison complète de l'abcès pelvien, est nécessaire pour éviter des crises ultérieures.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
OMBREDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — Anatomie chirurgicale et comparée du segment iléo-cœcal chez l'adulte. (Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, 1907, page 124.)

— Thèse Paris 1904.

Armstrong. — Pelvie appendicitis. British Medical Journal, 1906, page 70.)

Barnsby. — Appendicite et salpingite. (Thèse Paris 1898).

Mlle Beauvais. — Coexistence d'hématocèle et de l'appendicite. (Thèse Paris, 1925.)

L. Bérard et P. Vignard. — Appendicite. Etude clinique. (Masson, édit., 1914.)

Bérard et Patel. — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. (Revue de Gyn. et Chir. abdom., 1903, p. 869.)

Beuttner et Siredey. — Etude sur les relations de l'appendice et des organes génitaux chez la femme. (Gyn. et Obst., Paris, 1923, p. 309.)

- P. Bonnet.* — Incision iliaque basse transversale dans la technique de l'appendicectomie. (Lyon Chirurgical, 1925, p. 712.)
- Brindeau et Jeannin.* — Appendicite gangréneuse à forme pelvienne chez la femme enceinte. (Soc. d'Obstétrique, Paris, 1909, 22 avril.)
- Broca.* — Absès pelviens dans l'appendicite. (Bull. Méd Paris, 1901, n° 51, p. 589.)
- Caillet.* — Complications vésicales au cours de l'appendicite. (Thèse Paris, 1912.)
- Caraven et Basset.* — Ulcérations de l'artère iliaque externe dans les absès appendiculaires. (Revue de Chirurgie, 1910, p. 1117.)
- Chambard.* — L'appendicite en deux temps. (Archives Méd. Chir. de Province, mars 1922.)
- Chevalier P.* — De l'appendicite pelvienne. (Thèse Paris, 1900.)
- Chifoliau.* — Drainage rectal des absès appendiculaires pelviens. (Progrès Méd., Paris, 1911, p. 19.)
- Delbet.* — Des suppurations pelviennes chez la femme. (Steinheil, édit., 1891.)
- P. Descomps.* — Les zones accolées du péritoine. Leur décollement opératoire. (Revue de Chirurgie, 1922, n° 7, p. 451.)
- Dionis du Séjour.* — Percussion des épines iliaques, signe de diagnostic dans les affections abdominales. (Gazette des Hôpitaux, 1911, p. 413.)
- Dormoy.* — Appendicite pelvienne. (Thèse Lyon, 1897.)
- Drékolias.* — Formes rares d'appendicites (Journal de Chirurgie, 1925, p. 710.)

- Duvergey.* — Diagnostic des tuberculoses pelviennes (Journal Méd. Français, 1923, p. 293.)
- Esnault.* — Contribution à l'étude de l'appendicite partiellement à siège pelvien. (Thèse Paris, 1911.)
- J. Fesq.* — Grossesse extra-utérine et appendicite. (Thèse Paris, 1911.)
- R. Girard.* — Traitement de l'abcès iléo-pelvien d'origine appendiculaire. (Thèse Paris, 1922.)
- Green Cumston.* — Rapports entre appendicites et annexites droites. (Revue française Gyn. et Obst., mars 1923, p. 178.)
- R. J. Groom.* — Acute appendicitis with pain in the bladder as the predominating symptom. (Colorado Med., 1924, 34-39.)
- Guinard.* — Appendicite. (Traité de chirurgie Dentu et Delbet.)
- Abcès pelvien d'origine appendiculaire. (Journal des Praticiens, 1910, p. 449.)
- Heitz-Boyer.* — Appendicite pelvienne latente. (Bull. Med., 1924, p. 723.)
- Jaisson C.* — Diagnostic radiologique de l'appendicite pelvienne chez la femme. (Revue Méd. de l'Est, 1921, p. 374-378.)
- Jalaguier.* — Fistule tubo-appendiculaire. (Bull. et Mém. Société de Chirurgie, Paris, 1909, p. 351.)
- Jay.* — Abcès pelviens au cours d'appendicites aiguës. (Thèse Paris, 1921.)
- Kelly.* — The vermiform appendix and its diseases.

Labry. — Appendicite pelvienne gauche. *Lyon Médical*, 1925, p. 433, tome I.)

Lancien. — Contribution à l'étude des troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite. (Thèse Paris, 1902.)

Lardennois et Okinczyi. — Etude sur les hernies du gros intestin.

Lecène. — Traitement des appendicites aiguës. (*Journal des Praticiens*, 1922, p. 858.)

Le Filliatre. — Forme vésicale de l'appendicite. (*Société Anat. Paris*, 1900, p. 626.)

— Appendicite et grossesse extra-utérine. (*Journal de Médecine de Paris*, 1925, p. 140.)

Lefur. — Diférentite aiguë et appendicite. (*La Clinique*, 3-2-1911, p. 79.)

Legry et Bigot. — Absès du foie consécutifs à une pelvi-péritonite appendiculaire. (*Société Anat.*, mars 1922, p. 198.)

Leven. — Les erreurs de diagnostic dans l'appendicite. (*La Clinique*, 2 juin 1911, p. 338.)

Magniez. — Evolution et pronostic de l'appendicite pelvienne. (Thèse Paris, 1903.)

Marcus. — Appendicites et salpingites aiguës. (*Lancet* 1922, p. 813.)

Mathieu. — Occlusion dans l'appendicite. (*Journal de Chirurgie*, 1925, p. 655.)

Maurin. — Appendicite et péritonite appendiculaire. (Thèse Paris, 1889.)

- Mayet.* — Formes cliniques de l'appendicite chez l'enfant. (Journal des Praticiens, nov. 1925, p. 721.)
- Morison.* — The pelvic appendix. (Lancet 1901, p. 553, Lancet 1922, p. 553-557.)
- Mornard P.* — Appendicite pelvienne (Paris Chirurgical, 1926, p. 156.)
- Nard.* — Diagnostic des hématoécèles. (Soc. de Gyn. et Obst., Bordeaux, nov. 1922.)
- Ombredanne.* — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. (Masson, édit., 1923.)
- Paturel G.* — La gaine urinaire. (Légrand, édit., 1923, p. 286.)
- Pauchet V.* — De l'appendicite pelvienne. (Bull. Méd., 1904, p. 179.)
- Pellet.* — Coexistence de l'appendicite et grossesse extra-utérine. (Thèse Lyon, 1908.)
- Pery-Rocher.* — Appendicite pelvienne suppurée et grossesse. (Soc. Obst. et Gyn., Bordeaux, 8 février 1921.)
- Piqué L.* — Volumineux abcès rétro-vésical. Drainage abdomino-périnéal. (Bull. et Mém. Soc. Chirurgie, 1907, p. 390.)
- Pissavy.* — Appendicite à forme occlusion intestinale. (La Clinique, 1909, p. 118.)
- Appendicite pelvienne. (La Clinique, 1909, p. 101.)
- Planson.* — Ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas. (Vie Médicale, 1921, p. 1459.)
- Rayner.* — Occlusion et appendicite. (Brit. Méd. Journal, mai 1924, p. 855-58.)

- Richard.* — Contribution à l'étude de l'appendicite pelvienne. (Thèse Toulouse, 1911.)
- Rivierez.* — Rupture de grosses tubaire à forme appendiculaire. (Thèse Paris, 1926.)
- Rocher L.* — Appendicite infantile à formes pelviennes et ilio-pelviennes. (Arch. Gén. de Médecine, 27 février 1916.)
- Rotter.* — Berlin Med. Wochen, n° 13, 1900.
- Rousseau et Cassard.* — Appendicite chez la femme. (Gaz. des Hôpitaux, 1913, p. 293.)
- Routier.* — Bull. et Mém. Soc. Chirurg. Paris, 16 oct. 1895, p. 625.)
- Abscès pelvien appendiculaire. Ouverture par voie rectale. (Bull et Mém. Soc. Chirurg., Paris, 1907, p. 444-449.)
- Gros abcès d'origine appendiculaire. (Bull. Méd., Paris, 1912, p. 167-169.)
- Santy.* — Gangrène du membre inférieur au cours d'une appendicite pelvienne. (Lyon Chirurgical, nov. 1923, p. 219.)
- Pronostic et traitement des appendicites pelviennes. (Soc. de Chirur. de Lyon, 10 juin 1926.)
- Sénéchal.* — Contribution à l'étude de l'abcès pelvien appendiculaire. (Thèse Paris, 1908.)
- Tixier et Stéphani.* — Appendicite pelvienne simulant un cancer du rectum. (Lyon Chirurgical, 1909, p. 343.)
- Vallée.* — Situation de l'appendice chez l'enfant. (Thèse Paris, 1900.)
- Veau.* — Appendicite pelvienne (Traité des maladies de l'enfance, Hutinel, tome V.)

